

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI

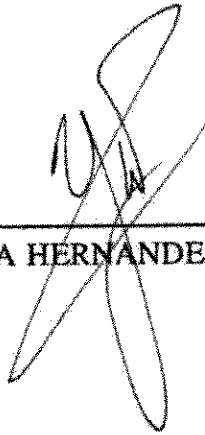
FACULTAD DE ESTOMATOLOGIA

"DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL NIÑO IMPEDIDO"

T E S I S
QUE PARA OBTENR EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
MARGARITA VILLASEÑOR CRUZ

SAN LUIS POTOSI, S.L.P.
1992

ACEPTADO PARA PRESENTACION



ASESOR: DRA. YOLANDA HERNANDEZ MOLINAR M.S.P. E.O.S. E.O.

"ORACION DEL NIÑO IMPEDIDO"

A NUESTROS PACIENTES IMPEDIDOS.

ACERCATE SEÑOR,

ACOMPaña A LOS IMPEDIDOS EN SUS AFLICCIONES,

ELLOS SON DESPRECIADOS, IGNORADOS, EVITADOS.

ELLOS SOPORTAN PESADAS CARGAS

ELLOS ENFRENTAN LOS MISMOS PROBLEMAS QUE

LOS OTROS

PERO, SIN LOS MISMOS RECURSOS.

PROTEGELOS DEL DAÑO Y DEL DOLOR.

APOYA SU CONFIANZA Y FORTALEZA.

AYUDALES A ENCONTRAR SATISFACCION

EN LO QUE PUEDAN HACER.

HAZNOS MAS SENSIBLES A SUS NECESIDADES,

MAS DISPUESTOS A ACERCARNOS A ELLOS.

AMEN

(ANONIMO)

DEDICATORIA

DEDICO ESTE TRABAJO A TODAS AQUELLAS PERSONAS QUE BUSCAN OBTENER CONOCIMIENTOS CON EL FIN DE BENEFICIAR A SUS SEMEJANTES.

A MIS PADRES HERMANOS Y AMIGOS QUE EN TODO MOMENTO ME APOYARON.

A MI ASESORA POR SU TIEMPO DEDICADO Y SU MUCHA PACIENCIA PARA CONMIGO.

CARTA DE DERECHOS DEL NIÑO IMPEDIDO

- 1.- EL DERECHO A LA PREVENCION, DIAGNOSTICO TEMPRANO Y ATENCION ADECUADA.
- 2.- EL DERECHO A LA AUTOESTIMA.
- 3.- EL DERECHO A LA ASISTENCIA NECESARIA, DADA EN TAL FORMA QUE PROMUEVA LA INDEPENDENCIA.
- 4.- EL DERECHO A UN ENTRENAMIENTO Y EMPLEO SEGUN ESTE CALIFICADO.
- 5.- EL DERECHO A UNA REMUNERACION ECONOMICA LO SUFICIENTE PARA DESARROLLAR UN ESTILO DE VIDA, ASI COMO ALTERNATIVAS DE VIVIENDA.
- 6.- EL DERECHO DE PETICION A LAS INSTITUCIONES SOCIALES PARA UN TRATAMIENTO JUSTO Y HUMANO. (1).

SUMARIO

Capítulos	Introducción	1
I.	Objetivo general	3
II.	Factores que hacen de la asistencia dental al minusválido un problema "real"	4
III	Etiología y tratamiento	5
III.1	Parálisis cerebral	5
III.2	Síndrome de Down	7
III.3	Etiología	9
III.4	Características del desarrollo de personas mentalmente retardadas	10
III.5	Epilepsia	11
IV	Etiología de la enfermedad dental y periodontal en el niño incapacitado	14
V	Problemas bucales que presentan comunmente los pacientes impedidos	18
VI	Tratamiento preventivo en el paciente impedido	25
VII	Tratamiento bajo anestesia general	29
VIII	Conclusiones y recomendaciones	32
IX	Bibliografía	34

INTRODUCCION

Cada vez es mayor el número de reportes en la bibliografía referentes a "la existencia de poblaciones de niños considerados como especiales, en donde se analiza el desarrollo crónico y agudo de los incapacitados, la hospitalización, los riesgos y cualquier otro número de pacientes con necesidades especiales".(15)

Recientemente Waldman, observó que "aproximadamente 2,5 millones de niños, tuvieron retardo en el crecimiento y desarrollo, 3.4 millones de ellos, de entre 13 y 17 años mostraron deshabilidades en el aprendizaje. En el 19.5 % de los niños estudiados, entre 13 y 17 años se encontró problemas emocionales y de conducta, requiriendo tratamiento psicológico así como, 10.2 millones de ellos presentaron uno ó más desordenes.

En adición la mitad de la población infantil en este estudio, entre menos de 2 y 2 años, manifestaron algun tipo de alteración. El múltiple número de pequeños con desordenes a sido atribuido a, una alta proporción de niños que nacen en condiciones adversas en el seno familiar y a factores de orden hereditario.

Las minusvalías físicas y psíquicas comprenden anomalías congénitas en enfermedades crónicas o secuelas de enfermedades, en donde se manifiestan lesiones que interfieren con las funciones normales hasta un punto en que, quien las padece necesita una considerable ayuda de su propia familia y de la comunidad; conyeva también, a dificultades para la integración en la sociedad y su adaptación a un sistema educativo normal.

Por otro lado, uno de los caracteres distintivos de las sociedades civilizadas, es la capacidad de asistencia al minusválido. La comunidad en general y en particular los profesionales de la salud, tienen la responsabilidad de ayudar a las personas con estas características; identificando a tiempo a las personas incapacitadas, a fin de poder brindarles mayor atención y una adecuada educación.

En este sentido, el tratamiento dental preventivo y conservador constituye, una parte importante del programa de integración social" (4).

"Por otra parte un 49 % de los dentistas de práctica general y el 96 % de los odontopediatras que se incluyeron en este estudio, reportaron tratar niños con impedimentos. Es importante destacar, que casi 11 millones de los niños con limitaciones en este reporte, representan el mayor componente en el total de la población que, requieren de servicios en la práctica particular con personas de experiencia; en adición uno de los factores que agravan el problema es la necesidad de reconocerlos en los primeros años, clasificando sus necesidades odontológicas según la edad".(15).

Tratar a la mayoría de los niños impedidos no requiere singular esfuerzo del odontólogo, el cuidado dental generalmente puede realizarse, con procedimientos seguidos para niños normales; siempre que cuente con conocimientos, paciencia y la comprensión requeridas para su manejo.

Por otro lado, el pequeño que nació con labio y paladar hendido, o con ambas deformaciones, puede padecer problemas dentales muy complejos y graves. Los niños con retraso mental (RM), y los que sufren parálisis cerebral (PC), enfermedades cardíacas y trastornos hemorrágicos, pueden no tener problemas dentales específicos, pero sus incapacidades mentales y físicas a menudo impiden hábitos odontológicos y dietéticos adecuados, creando así serias amenazas a su salud.

El propósito de ésta revisión es: presentar los rasgos más sobresalientes de algunos impedimentos pediátricos, físicos y mentales, los problemas odontológicos que acompañan a estos trastornos, las precauciones y el tacto clínico requerido para resolver estos problemas.

I. OBJETIVO GENERAL.

Este trabajo tiene como objetivo el plantear y comprender que es un niño impedido, cuales son los principales problemas odontológicos que aquejan a estos pacientes y concientizar al odontólogo de la importancia que tiene el cambiar nuestra forma de ver y tratar a nuestros pacientes, entendiendo que la clave del éxito en el tratamiento consistirá en ampliar nuestro conocimiento sobre su situación y de la mejor manera mejorarla.

II. FACTORES QUE HACEN DE LA ASISTENCIA DENTAL AL MINUSVALIDO UN PROBLEMA REAL.

1.- La incapacidad o enfermedades crónicas pueden facilitar directamente alteraciones dentales, debido a que estos pacientes son más susceptibles a padecimientos dentales comunes.

2.- La aplicación de diversos medicamentos o tratamientos odontológicos pueden inducir cambios en los tejidos normales de la cavidad oral, aumentando el riesgo de que se desarrollen desordenes dentales.

3.- El paciente impedido es más susceptible a contraer infecciones, lo que puede ocurrir en algún momento del tratamiento dental, agravando de esta manera su estado.

4.- Las incapacidades pueden disminuir en la personas que las padecen, la motivación de mantener una buena higiene bucal y solicitar asistencia dental.

5.- En algunos pacientes con problemas especiales es frecuente que no exista el control de sus movimientos, dificultando con ello su manejo.

6.- Este tipo de pacientes, en ocasiones no tolera una intervención dental ordinaria, atribuible principalmente al temor y a la falta de control en sus reacciones emocionales ante situaciones estresantes y en algunos casos, puede representar un riesgo.

7.- en ciertas enfermedades el tratamiento puede ser caro o requerir demasiado tiempo. Esta situación puede enfocarse a pacientes que no puedan ser tratados en la consulta privada, debido a los riesgos que implica su incapacidad, es necesario entonces el que sean manejados bajo cuidados hospitalarios y de anestesia general.

III. ETIOLOGIA Y TRATAMIENTO

III.I PARALISIS CEREBRAL (PC)

Actualmente existe una alta incidencia en pacientes que presentan PC infantil (2.1 x 1000 niños). "La importancia en el conocimiento de la enfermedad, es responsabilidad del profesional, quien debe de tratar o canalizar a estos niños que requieren de una atención urgente y no solo limitarse a rechazarlos" (1).

III.I.I DEFINICION

"Parálisis cerebral es un término amplio, utilizado para describir un grupo de trastornos no progresivos, estáticos causados por un daño cerebral resultante, que se presenta antes de que el sistema nervioso alcance su madurez, prenatalmente, durante el nacimiento ó en el período posnatal" (4).

El daño se manifiesta como una atrofia de los centros motores caracterizada por: parálisis, debilidad e incoordinación muscular y alteraciones en la función motora. La etiología es multifactorial, e incluyen: anoxia, hemorragia, trauma quirúrgico, nacimiento prematuro, infección, toxemia del embarazo, incompatibilidad del factor RH, y anomalías del desarrollo

"La mayoría de los individuos con PC pueden manifestar además, otros síntomas de daño cerebral orgánico, como trastornos convulsivos, retardo mental, trastornos sensoriales ó del aprendizaje y a menudo, complicaciones de conducta y trastornos emocionales" (4).

"El grado de complicación en los síntomas clínicos, depende de la extensión y ubicación del daño al cerebro, que puede variar desde, una hemiplejía leve sin otros defectos neurológicos, hasta un trastorno totalmente incapacitante, haciendo que el individuo dependa por completo de los otros para su existencia.

La parálisis cerebral no es un padecimiento mortal sin embargo, no es curable y frecuentemente se puede volver más tolerable para el paciente, mediante terapia; preparandolo, para realizar tareas dentro de la limitación de sus propias capacidades y educando al público sobre los diversos problemas en ellos.

Finalmente la enfermedad se clasifica comunmente, de acuerdo al tipo de perturbación motora y a la distribución anatómica de los cuadrantes afectados" (4).

III. 1. 1. 1. TIPOS DE PERTURBACIONES MOTORAS EN LA PARALISIS CEREBRAL.

1.- ESPASTICIDAD. "Se caracteriza por un estado de tensión muscular aumentada, manifiestado por un reflejo de estiramiento exagerado, como una mayor contracción del músculo cuando es estirado.

La espasticidad se asocia secundaria a: prematurez ó anóxia, habitualmente resulta un defecto dentro de la zona motora cortical del cerebro. La espasticidad junto con la atetosis constituyen aproximadamente el 75 % de los casos de parálisis cerebral" (4).

2.- ATETOSIS. "Es el segundo tipo de parálisis cerebral, frecuentemente resultado de Kernicterus, en el que existe un daño a los núcleos basales del cerebro.

En este tipo de perturbación motora se presentan movimientos incontrolados, involuntarios, sín propósito y pobremente incoordinados del cuerpo, cara y extremidades, resultando un patrón de afectividad muscular raro. Los movimientos musculares son exagerados cuando el paciente intenta una actividad voluntaria, puede presentarse muecas de los músculos faciales, babeo y defectos del habla.

3.- RIGIDEZ. La rigidez afecta la actividad muscular, en contracción dando como resultando en una tendencia a movimientos marcadamente disminuidos" (4).

4.- ATAXIA. "Representa el 5 % de los casos de parálisis cerebral, es una lesión del cerebelo y el tallo cerebral, caracterizada por trastornos del equilibrio, falta de coordinación de las extremidades superiores, pobre fijación de la cabeza, tronco, cintura pélvica y escapular, con dificultad para permanecer parado e inestabilidad en la marcha. El déficit motor puede ser tan grande que el niño nunca logre mantenerse sentado ó de pie.

Su nivel de inteligencia es bajo, con problemas visuales, auditivos y de percepción, la ataxia puede ser un desorden hereditario" (1).

5.- TREMOR. "Son movimientos involuntarios musculares que siguen un patrón rítmico regular, en el que los músculos flexores y extensores se contraen alternadamente.

6.- ATONIA. La atonía ó hipotonía implica una falta de tono o tensión muscular normal, caracterizada por músculos débiles, fofos y blandos.

7.- MIXTOS. Existen casos en los que se manifiesta más de un tipo de trastornos motores, haciendo difícil un diagnóstico; ello en individuos con daño cerebral más difuso.

Una quinta parte de los pacientes con parálisis cerebral presentan problemas visuales significativos y muchos tienen una pérdida de percepción auditiva, especialmente los atáxicos y Por lo menos el 50 % funcionan, a un nivel de inteligencia significativamente retardado" (3).

III.2 SINDROME DE DOWN

El objetivo de cualquier programa de rehabilitación y entrenamiento para el retardado mental es aumentar su capacidad funcional. Es obvio que en un paciente con deterioro intelectual se encuentren más reducidas sus potencialidades por defectos y problemas físicos, solo, en las últimas dos décadas se ha entendido mejor la forma en que los padecimientos dentales pueden tener un efecto contribuyente en el cuadro total.

"Kraus, Clark y Ok, han demostrado que los dientes y las estructuras que los rodean se ven afectados por el crecimiento y desarrollo anómalo y pueden ser correlacionados con ellos. Esta se aplica no solo al retardo de etiología biofísica, sino también a la desviación en el desarrollo atribuida a factores culturales y familiares. Así mismo, también se ha obtenido suficiente experiencia en el tratamiento de los impedidos mentales, para reconocer que la buena salud bucal es fundamental para acrecentar el potencial biológico en estos pacientes, por lo tanto requiere una mayor comprensión de la naturaleza de su impedimento, de los factores etiológicos implicados, de las manifestaciones orocraneofaciales y las consideraciones para su manejo.

El síndrome de Down, es un desorden que además de presentar características físicas patognomónicas presenta retraso mental, definido por la Asociación Americana de Psiquiatría como: un funcionamiento intelectual subnormal, que se origina durante el desarrollo y se asocia con deterioro en el aprendizaje, adaptación social y/o maduración.

Esta definición implica varios criterios diagnósticos: existe una desviación significativa por debajo del coeficiente intelectual de la de la población en general; el deterioro funcional ocurre antes de la adultez, en el periodo neonatal y/o en los comienzos del desarrollo. Las deficiencias de aprendizaje y sociales están asociados con la conducta adaptativa" (4).

"La incidencia del síndrome de down se calcula en 1.5: 100 nacimientos. Se atribuyen a menudo indebidamente alrededor de el 10 % de los casos de retraso mental

La anomalía cromosómica es el hallazgo constante y es indispensable para el diagnóstico etiológico. El diagnóstico clínico se basa en la manifestación del retraso mental acompañado de alteraciones de crecimiento esquelético, especialmente en el cráneo y los huesos largos.

El desarrollo anómalo es el causante de las facies características, la cabeza tiende a adquirir forma aplanada en su parte anterior y posterior, las órbitas son más pequeñas, existe una inclinación lateral hacia arriba de los ojos y en los niños pequeños se encuentra un pliegue epicántico, que tiende a desaparecer en la pubertad

El oído externo suele ser más pequeño; la lengua generalmente hace protrusión como consecuencia de la pequeñez de la cavidad bucal y de la hipoplasia mandibular. Su superficie puede estar fisurada y llena de surcos (escrotal), debido a la succión y respiración bucal. La nariz es corta, con el dorso aplanado por falta de desarrollo en el hueso nasal. Los dientes suelen presentar retardo en la erupción, son pequeños y a menudo mal alineados.

El cuello es corto y ancho; en la primera infancia suele manifestarse una hipotonía generalizada, y a menudo, existe un pliegue palmar transversal único en lugar de dedos; las anomalías cardíacas son más frecuentes que en la población general. Los genitales están poco desarrollados" (16).

"El estado mental, se encuentra generalmente entre los límites de retraso mental moderado a intenso, aunque en algunos casos la tasa de desarrollo puede acercarse a la normalidad durante los 3 a 4 primeros años de vida y más adelante disminuir. Si no existen defectos congénitos importantes y el niño recibe buenos cuidados médicos, el periodo de vida puede aproximarse al normal" (16).

"Una clasificación de la deficiencia mental para el odontólogo es el pronóstico educativo y social. desafortunadamente se basa en la medición de el coeficiente intelectual, pero es utilizado ampliamente en rehabilitación educativa y vocacional de estos pequeños.

Esta clasificación divide al niño en:

Educable CI 50-79.

Entrenable CI 25-49.

No Entrenable CI 25.

A los pacientes educables se les considera capaces de una educación especial, mientras que los entrenables son considerados capaces de hacer solamente tareas sencillas, sin poder beneficiarse de los ejercicios académicos" (4).

Por otro lado, el diagnóstico de síndrome de Down en un adolescente es relativamente fácil, se basa en la combinación del patrón físico característico con el retraso mental. "Sin embargo en las primeras semanas de vida, cuando la mayoría de los signos no son tan manifiestos, puede resultar difícil; las facies típicas y la hipotonía muscular" (16).

III.3. ETIOLOGIA

La etiología cubre una gran variedad de factores que pueden dividirse ampliamente en hereditarios y medioambientales. El aspecto hereditario de la causa es importante, ya que existe una elevada incidencia de padres con alteraciones, quienes producen niños con alteraciones. Estos grupos incluyen también estados reconocidos en los que ocurre deficiencia mental como: la fenilcetonuria, cretinismo, sordomudez, microcefalia y neurofibromatosis

"El mongolismo puede deberse en algunos casos a un defecto hereditario pero en la mayoría lo es por un error cromosómico. Los factores (cromosómicos) ambientales que afectan el desarrollo incluyen infecciones en los periodos prenatal, perinatal y posnatal; rubeola materna en el tercer mes y otras infecciones virales; radiación al feto, incompatibilidad del factor RH, meningitis, meningitis bacteriana, encefalitis viral perinatalmente ó en la niñez; anoxia en el momento del parto y daño traumático al cerebro pre o posparto.

En muchos casos, la investigación puede descubrir una cantidad de factores etiológicos.

La subnormalidad mental puede no ser reconocible al nacer, pero más tarde es notoria la lentitud del desarrollo, excepto en casos graves no es posible por varios años una comprobación exacta del nivel mental. Debido a esto, es mejor para el niño mentalmente subnormal permanecer dentro de la familia, aun en casos graves y por el mayor tiempo posible.

El Instituto Nacional para las Ciencias Médicas Generales en los Estados Unidos, estima que 12 millones de Norteamericanos sufren defectos causados totalmente o en parte, por genes o cromosomas defectuosos. Se calcula que uno de cada 150 bebés nacen con un defecto genético que resultará en un deterioro físico de por vida" (5).

III.4. CARACTERISTICAS DE DESARROLLO DE PERSONAS MENTALMENTE RETARDADAS

GRADO DE RETARDO MENTAL: Leve

"Puede desarrollar capacidades sociales, con retardo mínimo en áreas sensoriomotoras. Puede alcanzar nivel académico del 6o. grado hasta el final de la adolescencia. Habitualmente pueden alcanzar capacidades sociales y vocacionales adecuadas a un mínimo autoapoyo, pero pueden necesitar guía y ayuda en situaciones de tensión.

GRADO DE RETARDO MENTAL: Moderado

Puede hablar ó aprender a comunicarse, pobre conciencia social; regular desarrollo motor, puede ser manejado con supervisión moderada. pueden beneficiarse con el entrenamiento en capacidades sociales. Difícil que progresen más allá del 2o. grado académico. Pueden alcanzar el automantenimiento en un trabajo de poca habilidad, en condiciones de protección necesitan guía.

GRADO DE RETARDO MENTAL: Grave

Pobre desarrollo motor el hablar es mínimo generalmente incapaces de beneficiarse del entrenamiento de autoayuda, poca ó ninguna capacidad de comunicación Pueden contribuir al automantenimiento bajo supervisión completa, pueden desarrollar capacidades de autoprotección a un nivel útil mínimo.

GRADO DE RETARDO MENTAL: Profundo.

Gran retardo, mínima capacidad para funcionar en áreas sensomotoras, atención de enfermeras. Pueden responder a un entrenamiento mínimo ó limitado en autoayuda. Algún desarrollo motor y del habla, pueden alcanzar un autocuidado muy limitado, necesitan atención de enfermera" (4).

III.5 EPILEPSIA

DEFINICION. "La epilepsia no es una enfermedad en si misma sino un síntoma de un trastorno cerebral subyacente. Ocurre en el 0.5 a 1 % de la población y aproximadamente el 5 % tiene subnormalidad mental. Se presenta en mayor o menor grado en la mitad de todos los espásticos y en un cuarto de los atetoides.

El ataque, se debe a una descarga repentina en la meteria gris, como un shock eléctrico caracterizado por no ser progresivo.

El odontólogo debe conocer la etiología, tratamiento y pronóstico de los pacientes con trastornos convulsivos, para brindarles un mejor cuidado odontológico completo. Además, deben estar en condiciones de actuar adecuadamente si un paciente llega a desarrollar una crisis convulsiva en el consultorio.

Las convulsiones pueden ocurrir a cualquier edad, pero son más frecuentes durante los 2 primeros años de vida. Los daños intracraneales durante el nacimiento son causas comunes de convulsiones en infantes. Esto incluye los efectos de la anóxia y hemorragia. Al término de la infancia y comienzos de la niñez, la infección aguda intra ó extracraneal, es la causa más frecuente. A mediados de la niñez, la epilepsia idiopática es la causa más común de convulsiones" (4).

III.5.1 CLASIFICACION

III.5.2 Convulsiones agudas en infantes y niños.

"Las convulsiones generalizadas tónico-clónicas, similares al ataque de gran mal de epilepsia, son los más frecuentes en los niños. Las causas son variadas, pueden ocurrir como una manifestación transitoria de una enfermedad aguda que afecta al cerebro. Además entre el 6 y el 8 % de los niños tienen convulsiones febriles, la mayor parte de las cuales ocurren a la edad de 6 meses y años.

Aunque la mayoría de las convulsiones que aparecen antes de los tres años son un síntoma de una enfermedad febril aguda, deben descartarse otras causas ya sea, por medio de la historia clínica ó un examen clínico completo. Trastornos como el tétanos, encefalopatías, traumatismos intracerebrales, hemorragia, tumor, envenenamiento por drogas, hipoglucemia, asfixia, trombosis del seno cerebral en asociación con enfermedad cardíaca cianótica, nefritis aguda y epilepsia, deben ser incluidas en el diagnóstico diferencial. Las convulsiones febriles son tratadas por reducción de la temperatura corporal y con una dosis de sedantes como el fenobarbital.

III.5.3 Convulsiones crónicas o recurrentes.

La epilepsia y los trastornos convulsivos recurrentes son términos que han sido utilizados recíprocamente. Ambos designan ataques paroxísticos recurrentes, de conciencia parcial o inconciencia, habitualmente con una sucesión de espasmos musculares tónico-clónicos.

Si la causa de las convulsiones resulta ser una anomalía cerebral demostrable se dice que el paciente tiene una epilepsia orgánica o sintomática. Si no se encuentra la causa se dice que tiene epilepsia ideopática, en la mayoría de los casos, la causa no se puede establecer.

A) Epilepsia orgánica. Muchas condiciones determinadas genéticamente están asociadas con ataques recurrentes. Pueden ser de naturaleza anatómica o bioquímica.

Las convulsiones pueden ocurrir como resultado de daño cerebral en el periodo prenatal o posnatal. El examen neurológico de estos pacientes muestra un deterioro motor del sistema nervioso central, esto es parálisis cerebral y retardo mental.

Las derivaciones más conocidas de esta son:

Ataques de pequeño mal. Que consisten en una pérdida temporal de la conciencia que puede manifestarse en una variedad de formas. Puede haber ligero temblor de los músculos del tronco y miembros, caída o inclinación de la cabeza, movimientos hacia arriba de los ojos o de los párpados. La evidencia clínica del pequeño mal rara vez aparece antes de los tres años y generalmente desaparece antes de la pubertad.

Ataques de gran mal. Se considera que son precedidos por una aura momentánea o en algunos casos por un espasmo localizado y/o contracción de muscular.

Estos ataques son convulsiones generalizadas habitualmente con fases tonicoclónicas, el comienzo es rápido y el espasmo tónico puede ocurrir simultáneamente con la pérdida de la conciencia, el paciente cae al suelo, las pupilas se dilatan, los globos oculares se dan vuelta hacia arriba, la cara se distorciona y la glotis se cierra, existe rigidez muscular.

La fase clónica, que consiste en espasmos en los cuales la rigidez y la relajación se alternan en rápidas sucesiones, después de estas fases, las funciones corporales normales vuelven en periodos que van de 15 minutos a 8 horas.

Las drogas principales para el tratamiento de los ataques de gran mal son Fenobarbital y Fenitoína (Dilantin)" (4).

IV. ETIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD DENTAL Y PERIODONTAL EN EL NIÑO INCAPACITADO.

"La causa principal de estas enfermedades en los niños impedidos es la misma que la de los pacientes normales, es decir la acumulación de placa bacteriana. Sin embargo en los niños impedidos, a diferencia de los pacientes ``normales'', existen factores que pueden ser un problema para mantener un estado de salud bucal. Sin querer decir con esto que sea una situación insuperable. Entre estos factores podemos mencionar:

- 1.-La incapacidad para eliminar la placa.
- 2.-Influencia muscular anormal.
- 3.-Efectos colaterales del tratamiento con drogas.
- 4.-Pérdida de estimulación funcional.
- 5.-Trastornos nutricionales.
- 6.-Influencias genéticas (9).

Los primeros estudios, registrarón una alta incidencia de caries dental, sin embargo, hallazgos más recientes, indican que la prevalencia de caries es similar en niños impedidos que en niños normales, sin diferencias en el patrón estadístico de caries encontrada. En los diferentes tipos de pacientes con incapacidades. tampoco existen diferencias en el patrón de ataque a la caries en cualquiera de los grupos controles" (9).

Por otro lado, "la mayor cantidad de dientes ausentes registrados en la población de parálíticos cerebrales refleja el tipo de tratamiento recibido (es decir menos dientes obturados y más dientes extraídos)

El índice CPO en niños impedidos, induce a equivocaciones, debido a que un porcentaje inferior de niños, reciben tratamiento dental. Incluso, esto puede llevar a conclusiones equivocadas en razón de la mala higiene bucal, sus limitaciones físicas y dietéticas" (9).

"Por otro lado, en la enfermedad periodontal, los estudios indican un grado más alto de enfermedad inflamatoria en pacientes con retraso mental, que en pacientes normales. Sin embargo, en todos estos estudios, muchos pacientes estaban bajo tratamiento con drogas anticonvulsivantes, haciendo así difícil la interpretación de los resultados. La mayor prevalencia e intensidad de las lesiones periodontales, están en proporción con el índice de residuos" (9).

"El problema periodontal es más frecuente en la región de los incisivos inferiores y aún a la edad de tres años puede haber destrucción tisular, pérdida temprana de los incisivos centrales primarios y la de sus sucesores permanentes, antes de la pubertad.

Puede existir una separación del borde gingival insertado con formación de bolsas y pérdida progresiva del hueso de soporte. Esto se continúa con la edad, la complicación en la región anteroinferior seguida por la superior y más tarde, por el resto de los arcos dentarios en donde no es común la presencia de cálculos.

En pacientes con problemas de epilepsia, el estado periodontal puede requerir atención especial sobre todo en los pacientes que toman epatulin. Periódicamente ha de realizarse un raspaje y limpieza dental escrupulosa.

El tamaño pequeño del maxilar superior con falta de desarrollo hacia adelante y hacia abajo en pacientes mongoloides suele, provocar una maloclusión de clase III de Angle; en un tercio o más de esos niños, puede haber una mordida cruzada posterior en uno o ambos lados, agregándose una sobremordida incisiva invertida. La mitad de los pacientes tienen un empuje lingual, debido en algunos casos, a una lengua "agrandada", pero esto más bien es debido a una falta de espacio para la lengua de tamaño normal que puede producir una mordida abierta posterior.

Suele haber falta de sellado labial y posible labioversión de los incisivos inferiores, acentuando la relación incisiva invertida" (5).

Por otro lado, Strodel, menciona que "recientemente existe un mayor enfoque a la atención de el trabajo y el cuidado de la salud con personas que presentan parálisis cerebral, en donde el tratamiento es una de sus grandes necesidades.

Concluyó que, los niños con parálisis cerebral espástica tienen una gran tendencia para la formación de una clase II esquelética y Los niños con parálisis cerebral con problemas motores acentúan la tendencia para la maloclusión.

En base a esto el estudio dental y el tratamiento de niños con parálisis cerebral puede ser planeado mediante una mayor observación respecto con la función motora, topográfica, tonicidad muscular y la severidad del daño.

De igual manera la incidencia de maloclusión y factores relacionados en la parálisis cerebral ha sido estudiada con resultados contrastantes. Rosenbaum, encontró que no existe diferencia en la frecuencia de maloclusión y factores que afecten la oclusión en 124 niños con PC en edades de 6 a 12 años. Por otro lado, Miller reportó que los niños tenían un paladar pequeño y lenguas "largas". Esto en contraste con Dummett, quien enfatizó que los niños con PC espástica mostraban un alargamiento significativamente mayor en el arco anteroposterior del maxilar.

Así mismo, Jackson postuló que los disturbios en masticación y la musculatura de la lengua son causas de que aumente la incidencia de problemas ortodónticos" (12).

IV.1. ENFERMEDADES Y DEFECTOS QUE AUMENTAN LA SUSCEPTIBILIDAD DE PADECIMIENTOS DENTALES.

AFECCION: Deficiencia mentales

SUSCEPTIBILIDAD.

"El grado de retraso mental influye en la creación de hábitos adecuados de alimentación e higiene. Las dificultades en el aprendizaje, los defectos de la función masticatoria, la deglución y la medicación aumentan la susceptibilidad de caries y periodontitis. Resultados semejantes se obtienen con los hábitos orales y trastornos de la función muscular que pueden inducir maloclusiones, quizá baja actividad cariogénica pero susceptibilidad a la periodontitis.

AFECCION: Enfermedades Hematologicas.

SUSCEPTIBILIDAD.

Tendencia a la enfermedad periodontal. Mayor riesgo de ulceraciones en la cavidad oral. En fases avanzadas, los síntomas orales pueden provocar grandes molestias.

AFECCION: Parálisis cerebral.

SUSCEPTIBILIDAD.

En los casos graves puede haber aumento de la actividad cariogénica, riesgo de enfermedad periodontal y gran necesidad de ortodoncia preventiva.

AFECCION: Trastornos psiquiátricos. Trastornos de la conducta. Disfunciones cerebrales mínimas. Neurosis y psicosis y Trastornos emocionales.

SUSCEPTIBILIDAD.

Según el cuadro y su gravedad, la higiene oral puede ser mala y los hábitos alimentarios, irregulares. La masticación y el vómito afectan en algunos casos el esmalte dental. La secreción salival puede estar afectada por la propia enfermedad o como resultado de la medicación.

AFECCION: Epilepsia.

SUSCEPTIBILIDAD.

La mediación puede inducir hipertrofias gingivales y enfermedad periodontal. La sedación aumenta la susceptibilidad de caries. Riesgos de lesiones traumáticas en relación con las crisis.

AFECCION: Cardiopatía.

SUSCEPTIBILIDAD.

La cianosis periférica aumenta el riesgo de gingivitis y periodontitis. Los tratamientos dentales pueden realizarse teniendo en cuenta la susceptibilidad del paciente a "infecciones" (9).

V. PROBLEMAS BUCALES QUE PRESENTAN COMUNMENTE LOS PACIENTES IMPEDIDOS.

EN LA PARALISIS CEREBRAL.

"La negligencia que presentan algunos odontólogos para tratar a pacientes impedidos puede basarse en la falta de conocimientos del odontólogo sobre los impedimentos que afectan a los niños y sobre las diversas precauciones y técnicas para poder tratarlos odontológicamente" (3).

"Los individuos con PC suelen presentar hipoplasia del esmalte, más a menudo, en los dientes primarios lo cual puede ser una indicación del daño cerebral al feto en el desarrollo" (5).

"En estos niños no se presentan anomalias oclusales específicas, pero cuando existen, suelen ser agravadas por el trastorno neuromuscular o la falta de asistencia ortodóncica preventiva. También se ha observado una incidencia aumentada de disfunciones en la articulación temporomandibular y la atrición oclusal, sobre todo en los que presentan una deficiencia mental adicional.

La atrofia muscular frecuentemente se combina con retraso mental, que disminuye la posibilidad de tener una higiene oral adecuada o el interés por esta, por esto los niños con PC grave, tienen una incidencia de caries superior, así como enfermedad periodontal en comparación con niños normales" (6).

"Aquellos pacientes con episodios convulsivos, pueden estar tomando drogas del grupo de el dilantin, dando como resultado casos de gingivitis hipertrófica y una cantidad de infecciones y afecciones periodontales severas" (5).

"Generalmente los pacientes no pueden deglutir en forma refleja, haciendolo en forma consciente, por lo que tienen una tendencia al babeo, en casos graves esto puede solucionarse transfiriendo quirurgicamente los conductos salivales de las glándulas parótidas a la faringe, aunque con esto también se puede incrementar la predisposición a la caries" (6).

Nielsen considera, que "la oportunidad de que los pacientes con PC puedan integrarse lo suficiente a la sociedad dependen del diagnóstico específico de la parálisis mental y motora". (11)

Danish encontró que "los niños con PC tenían menos índice de caries, que los niños considerados como normales, en contraste, Swedish estableció que este índice era mayor en los niños afectados. Por otra parte, otros estudios encontrarán la misma cantidad de caries en ambos grupos.

Limbrock considera que para muchos niños con PC, la disfunción orofacial es un problema muy severo así como un obstáculo para la aceptación normal de las personas en la escuela y la sociedad.

Estos niños sufren de babeo, sin embargo no es una hiperproducción salival, ya que tienen un modelo de deglución lento y desordenado.

En este estudio se observaron las características más predominantes de la región orofacial en los diferentes tipos de PC, como el espástico, que frecuentemente tiene la cabeza en una posición de tensión reclinada, la boca abierta, la cara y los músculos son hipotónicos. El labio superior es subdesarrollado y retraído, no ejerciendo presión sobre los dientes superiores, la lengua es rígida y su movilidad es restringida.

Se ha encontrado en el paciente con Atetosis una profunda fluctuación del tono muscular e inestabilidad de la cabeza y la postura corporal.

En el tipo hipotónico se encuentra con frecuencia su cabeza reclinada, la postura del tronco débil, el labio superior es frecuentemente aventado hacia adelante en forma triangular" (10).

V. I. EN EL SINDROME DE DOWN.

"En los pacientes con síndrome de Down, el cierre labial suele ser incompleto y a través de los labios se deja ver una lengua grande y fisurada, debido al escaso tono labial.

El desarrollo escaso del maxilar superior suele desencadenar una mordida abierta cruzada posterior y anterior, que puede relacionarse con el gran tamaño de la lengua, hábitos orales y un cierre labial defectuoso. La bóveda palatina es baja y estrecha. la erupción dentaria se encuentra retrazada y con frecuencia agenesia, fusiones y dientes cónicos.

Los niños mongoloides tienen una menor prevalencia de caries que otros niños subnormales del mismo ambiente y niños normales de la misma edad, relacionado tal vez, con el retraso en la erupción dental, el menor diámetro mesiodistal de la corona, que condiciona la existencia de diastemas, y ciertas peculiaridades de la erupción ya que se dice, que la saliva en estos niños contiene un Ph elevado.

La enfermedad periodontal comienza muy precozmente con: pérdida de hueso alveolar, aumento en la movilidad dentaria y la exfoliación de los dientes, principalmente en la región anteroinferior, en donde la cresta interdientaria en la línea media, se encuentra expuesta. La flora bacteriana no se diferencia de la de sujetos normales.

Las graves alteraciones periodontales no pueden atribuirse únicamente a su mala higiene bucal, intervienen también otros factores locales como la maloclusión, la respiración bucal y la escasa capacidad masticatoria de autoclisis" (6)

"La Articulación Temporomandibular, el desarrollo del lenguaje, así como la función respiratoria y la higiene oral han sido estudiadas por diferentes autores" (8,10).

"Un estudio enfocado a las características problemáticas generales y de la cavidad bucal en pacientes con el síndrome, reportó la frecuencia de agenesia en incisivos laterales, caninos maxilares, mandibulares y terceros molares superiores e inferiores; la presencia de dientes incluidos también fue reportada, principalmente a nivel de caninos maxilares.

Particularmente los datos más significativos, son los inherentes a la clasificación de Angle:

- 15 % con clase I.
- 23 % con protrusión maxilar.
- 63 % prógnatas.

Anteriormente Castillo-Morales propuso, que las maloclusiones pueden ser reducidas por medio de ortodoncia interceptiva, durante la infancia temprana.

Por otro lado la inspección clínica de la boca revelo una baja incidencia de lesiones asociadas con la placa dentobacteriana; el retardo en la erupción dental ocurrió en un 14 % de la población estudiada de pacientes femeninos y 53 % de los masculinos" (2).

V. I. I. DE LA EPILEPSIA.

"Con excepción de la hiperplasia fibrosa de la encía producida por la administración de anticonvulsivantes, el paciente epiléptico no sufre de problemas dentales especiales en relación a con su enfermedad. En la mayoría de los casos se puede eliminar quirúrgicamente la hiperplasia, controlandola con medidas profilacticas adecuadas. Si el problema periodontal tiende a recurrir, deberá de consultarse con el médico del niño, para considerar un cambio en el régimen de medicación al paciente" (3).

V. 2 TRATAMIENTO DE LOS PROBLEMAS BUCALES EN EL NIÑO IMPEDIDO.

"Enormes cambios en la actitud general hacia estos individuos, se han producido en los últimos 20 a 30 años. gracias a los incansables esfuerzos de la profesión médica. Actualmente el tratamiento odontológico es la mayor necesidad de salud no resuelta de la persona impedida. Es el único problema de salud que afecta a todos los ciudadanos impedidos, en tal medida que ha sido considerado catastrófico por muchos de los que actúan en la profesión que planifica la sanidad.

A excepción del mayor grado de caries dental y enfermedades periodontales, la mayoría de los niños con PC no presentan problemas dentales específicos. La principal preocupación es lograr un ajuste de sus procedimientos a las condiciones físicas y mentales del paciente en forma individual.

Enfocado principalmente a niños con un grado de complicación en la cabeza o el cuello que presentan problemas para su atención odontológica y quizá sus dificultades sean de orden: mental ó físico" (3).

V.2. I. DIFICULTADES PARA ATENCION ODONTOLOGICA DE ORDEN MENTAL.

Dentro de éstas se encuentran la aprensión, dificultades en la dicción ó problemas auditivos y visuales. El grado de inteligencia del paciente, la distracción ante cosas triviales, aun pensando en que un estado de ansiedad puede desencadenar convulsiones, es raro que llegen a ocurrir si el paciente esta bajo control con medicamentos.

V.2 .I. I. DIFICULTADES DE ORDEN FISICO.

"Posición, postura; en cuanto a la capacidad de cooperar estos niños sobre todo con complicaciones de cabeza y cuello pueden representar serios problemas, no por falta de voluntad, sino por la incapacidad para producir adecuadas acciones musculares" (5)

"Los niños pueden reaccionar con modificaciones del tono cuando se activan sus músculos, por lo que habra que tener paciencia al solicitarles que habra la boca.

Mediante la repetición de operaciones simuladas con instrumentos, el niño puede aprender a relajarse y aceptar el tratamiento sin presentar contracciones musculares incómodas. Los niños afectados de distintos trastornos musculares pueden precisar apoyo e incluso una discreta sujeción a la silla dental y en algunos casos puede considerarse el uso de relajantes musculares" (6).

El odontólogo tendrá éxito siempre que obtenga una historia personal minuciosa del niño antes de la primera visita al consultorio. Los trabajos dentales pueden lograrse gracias al trabajo coordinado entre el dentista y sus auxiliares, es por ello que debe informar debidamente acerca del tratamiento que afecta a su paciente, para que el asistente se prepare adecuadamente para su importante papel en el tratamiento dental al niño.

"Después de obtener esta información, el odontólogo deberá de realizar una evaluación personal en la primera visita, misma que servirá para planear el tratamiento y dar oportunidad al paciente de familiarizarse con el medio y las personas.

Como muchos de éstos niños llevan vidas retraídas y no están acostumbrados a tratar con personas extrañas a su medio, el odontólogo puede preveer en sus pacientes gran aprensión. En los casos donde se aconseja quimioterapia como premedicación, deberá consultarse y acomodarse lo mejor posible al niño en el sillón.

Si se puede administrar de manera segura anestésico local no está contraindicado, el paciente puede hacer movimientos bruscos de la cabeza, por lo tanto la jeringa de ser mantenida firme en el sitio al momento de inyectar.

Todo tipo de apoyos bucales como: torundas de algodón, grapas con díque de caucho, etc. pueden ser desalojados fácilmente de la boca, deberán de ligarse firmemente a un pedazo de seda dental para poder extraerlas en caso de que el pequeño hiciera por deglutirlas ó aspirarlas.

Por otra parte nunca puede ser excesiva la importancia concedida a la odontología preventiva, que requiere de explicación amplia a los padres, de las técnicas de cepillado recalándose la importancia de evitar hábitos cariogénicos" (3).

"Limbrock, al analizar el babeo y la disfunción en la deglución, obtuvo mejores resultados con la implementación de terapia funcional, que facilita el elegir elementos para corregir problemas como la estimulación al labio superior, lengua y principalmente a la musculatura orofacial" (10).

V. 2. I.I.I. TRATAMIENTOS DE LOS PROBLEMAS ORALES MAS FRECUENTES EN EL NIÑO CON SINDROME DE DOWN.

"Antes de empezar a tratar a estos pacientes el odontólogo debera conocer la edad mental del niño para saber el grado de cooperación que se puede esperar de él y hacer los ajustes necesarios para comenzar el tratamiento" (3).

"Tanto desde el punto de vista preventivo como terapéutico, es muy importante que los niños mongólicos reciban una asistencia dental sistemática y frecuente.

Cuando las caries son excesivamente grandes, pueden tratarse en la mayoría de los casos por técnicas convencionales. En el caso de lesiones a los tejidos blandos ó de hemorragias gingivales persistentes, es necesario realizar una exploración detallada para descartar un posible diagnóstico de leucémia, por otra parte la pérdida dental casi nunca podrá compensarse con prótesis; por lo demás, es mejor que los tratamientos se realízen en verano, temporada en donde estos pacientes son menos susceptibles a infecciones" (6).

Hoyer menciona que, "la variedad de hipotonias en el síndrome es uno de los signos importantes en la expresión facial y las disfunciones orales. Así mismo, el prolapso de la lengua, la exposición del labio sobre los dientes, la mala masticación, el habla y la deglución son causas primarias de hipotonía de los músculos orofaciales. Este debastador desarrollo indica una necesidad de tratamiento funcional cuidadoso para la musculatura, a las seis semanas de nacido el niño con el síndrome" (8).

"Los seguidores de Castillo-Morales en el concepto Dual llaman a ésto terapia de regulación orofacial, que consiste en una terapia de estimulación neuromuscular a los músculos hipotónicos de la boca. En adición se utiliza un paladar de acrílico que estimula a la lengua y al labio superior con diversos aparatos.

Resultados semejantes encontrarón Fisher y Brendish con ésta técnica" (8,10). Con todo lo dicho se deduce que la prevención es fundamental en el niño con síndrome de Down.

V.3. TRATAMIENTO DE LOS PROBLEMAS BUCALES DEL NIÑO CON EPILEPSIA.

"La casi totalidad de los niños epilépticos pueden ser tratados de manera convencional, las crisis de pequeño mal y las ausencias , no interfieren prácticamente con el tratamiento. Aparte la medicación suele impedir la aparición de ataques durante largo tiempo, antes de instaurar el tratamiento es importante preguntar a los padres la fecha de su última crisis convulsiva y que circunstancias la desencadenarón, ya que con esta información puede valorarse la posibilidad de que se presente un episodio durante el tratamiento dental.

Se debe recordar que los ataques se desencadenan por factores como: cansancio, estímulos luminosos ó brillantes y ciertos sonidos, por lo tanto hay que evitarlos. En caso de que ésta se presente es necesario proteger al paciente para que no se lesione" (6).

VI. TRATAMIENTO PREVENTIVO EN EL PACIENTE IMPEDIDO.

VI. I. I. NIÑOS MINUSVALIDOS QUE VIVEN EN SU PROPIO DOMICILIO.

"Las condiciones de vida de los niños minusválidos dificultan grandemente la adopción de medidas de odontología preventiva, aparte cada vez son más los niños minusválidos que viven en su propio domicilio

En la infancia, el minusválido puede hacerse beneficiario de las medidas colectivas que ponen en marcha los centros de salud y posteriormente integrarse en distintas escuelas. Mantener al niño minusválido en la familia impone casi siempre grandes exigencias a los padres.

Los médicos, psicólogos, psicoterapeutas y los maestros aconsejan el empleo de técnicas habituales para la asistencia y desarrollo infantil, pero los hábitos alimenticios y la higiene oral son con frecuencia los primeros que se descuidan en una situación de sobrecarga, por lo que es importante la responsabilidad adicional que puede depositarse en los padres.

Durante algunos períodos del tratamiento será preciso contar con profesionales dentales, que apliquen programas preventivos individualizados con la administración de fluoruro.

También como una estrategia es importante que el personal dental se acostumbre a la idea de visitar al minusválido en su propio domicilio" (6).

VI. I. I. NIÑOS MINUSVALIDOS RESIDENTES EN INSTITUCIONES

"En las instituciones especiales, el programa preventivo debe de adoptar medidas colectivas como: consejos dietéticos, instrucciones de higiene oral, profilaxis de administración de fluoruro, además de medidas preventivas individuales.

Si los médicos responsables del centro comprenden de forma positiva el valor de la odontología preventiva, los pacientes residentes en instituciones podrán presentar una excelente condición de su boca.

EL niño debe de ser examinado por su dentista poco después de su ingreso, es aconsejable, registrar el grado de placa y su estado gingival a intervalos regulares mediante índices sencillos. Este programa debe de ser revisado anualmente en la clínica dental" (6).

VI.2. EL TRABAJO DE LOS AUXILIARES DENTALES EN EL PROBLEMA DE ODONTOLOGIA PREVENTIVA PARA NIÑOS MINUSVALIDOS ES EL SIGUIENTE.

1.- Instrucción y entrenamiento de los pacientes educables capaces de ocuparse de su propia higiene oral. Demostración en modelos y en la cavidad oral utilizando soluciones reveladoras. Instrucciones de cuidado y de limpieza de prótesis y sobre la higiene oral.

2.- Higiene oral en pacientes incapaces de seguir un régimen adecuado

3.- Instrucción y entrenamiento del personal de enfermería, en lo referente a procedimientos de higiene, aplicables a los pacientes inconscientes o de difícil manejo.

4.- Aplicación tópica de fluor siguiendo las direcciones del dentista.

5.- Solicitar consulta con el dentista cuando se sospeche patología.

"Existe poco material informativo y apenas unos programas audiovisuales para la instrucción y motivación al minusválido a los padres y de las personas que se encargan de ellos.

Se necesitan, folletos sobre las manifestaciones orales en enfermedades invalidantes específicas, diapositivas o películas sobre los procedimientos de higiene oral especialmente indicada para los pacientes encamados y poco colaboradores". (6).

VI .3. ALIMENTOS Y DIETA COMO MEDIO PREVENTIVO DE PROBLEMAS DE CAVIDAD ORAL.

"La mayoría de las personas incapacitadas tienen los mismos requerimientos nutricionales que las personas normales.

Actualmente los profesionales médicos y los dentistas estan de acuerdo sobre los principios dietéticos básicos, aconsejando tres comidas principalmente y al menos una o dos intermedias, las comidas deben de ser equilibradas y ricas en proteínas para satisfacer el apetito durante un tiempo suficientemente largo, de forma que se evite el deseo de hacer comidas intermedias entre horas.

Las dietas especiales que se prescriben en algunas enfermedades crónicas no interfieren necesariamente en las recomendaciones del dentista . Las dietas pobres en grasas o proteínas que se prescriben en esteatorrea y en las enfermedades del hígado ó riñon, pueden contener un exceso de carbohidratos cariogénicos, Los pacientes con trastornos musculares faciales o problemas de la deglución presentan una retención prolongada de restos de alimentos en la cavidad bucal por lo que habrá que implementar el uso de enjuagues frecuentes y mayores medidas de higiene oral, con el fin de evitar la aparición de padecimientos dentales" (6).

VI .4. HIGIENE ORAL.

"El cepillado dental sigue siendo el medio principal para conseguir una higiene oral adecuada. Las personas incapacitadas graves pueden precisar de ayuda para realizar su higiene dental, sin embargo siempre que sea posible, hay que enseñar al minusválido a realizar sus propias medidas de higiene, para lo que es fundamental los programas de rehabilitación.

Con la colaboración de los fisioterapeutas y maestros del niño, puede ponerse en marcha un programa gradual que parta de la identificación de la boca y del los dientes y el manejo del cepillo dental. considerando además la utilización del cepillo eléctrico en los niños con trastornos motores.

Si estan afectadas las actividades de la lengua, los labios y las mejillas, los mecanismos de autolimpieza de la cavidad oral pueden resultar insuficientes, por lo que el cepillo deberá suplementarse con irrigación de los pliegues mucosos. Es preciso también inspeccionar la cavidad oral de los pacientes tras la administarción de farmacos" (6).

VI .5. USO DE FLUORUROS.

"Como la aplicación tópica de fluoruros puede causar dificultades practicas en los niños y adolescentes incapacitados gravemente, es conveniente que estos pacientes ingieran en forma continua tabletas de fluor durante la edad escolar, otra alternativa seria la utilización de cubetas de compuestos fluorados.

La determinación del programa más adecuado para la aplicación de fluor está determinada por la susceptibilidad individual de caries, los problemas terapéuticos concretos y la disponibilidad del personal.

Los padres de estos niños deberán de ser asesorados cuando el niño tenga entre 9 y 12 meses. Se les debe de explicar el desarrollo dental y los cuidados preventivos bucales, antes de la erupción de los dientes temporales, de modo que los mayores comprendan su papel en el cuidado bucal temprano de los chicos" (7).

VII. TRATAMIENTO BAJO ANESTESIA GENERAL.

VII.I TRATAMIENTO DEL PACIENTE IMPEDIDO BAJO ANESTESIA GENERAL.

VII.I.I. INDICACIONES.

"Los niños que pertenezcan a algunas de las siguientes categorías necesitarán usualmente anestesia general:

1.- Niño no cooperador, que se resiste al tratamiento, a pesar de haberse intentado todos los procedimientos de manejo comunes.

2.- El niño con trastornos de hemostasia que requiere de tratamiento dental extenso.

3.- El niño con retraso mental cuyo impedimento sea tan grave, que dificulte toda comunicación entre el odontólogo y el paciente.

4.- El niño afectado de su sistema nervioso central que se manifieste con movimientos involuntarios y extensos.

5.- El niño con grave cardiopatía congénita, considerado incapaz de tolerar la excitación y cansancio provocado por un extenso tratamiento dental" (6).

VII I.2. CANDIDATOS A ANESTESIA GENERAL.

"Son todos aquellos que por su condición presentan problemas para el mantenimiento de su salud bucal; dada la severidad o la extensión de la lesión, sería imposible tratar al niño en citas prolongadas o en un número elevado de ellas.

Los problemas dentales que ameritan sedación ó anestesia general son:

- Extracciones múltiples.
- Tratamientos pulpares.
- Colocación de coronas.
- Obturaciones con amalgama y resina.

Otro de los problemas frecuentes que condicionan la elección de anestesia general es la presencia de movimientos anormales involuntarios, imposibles de controlar y que limitan la elección de cualquier tratamiento dental, como :

- Empuje lingual.
- Reflejo tónico de mordida.
- Retracción de labios.
- Apretón de mandíbula.
- Retracción lingual.

No todos los niños impedidos requieren de anestesia general, pero es importante que no se obligue al niño, a recibir un tratamiento dental determinado ya que además de dañarlo tanto física como psicológicamente, la calidad de los tratamientos deja mucho que desear por la poca cooperación del paciente" (1).

"En un estudio de anestesia general en la práctica pediátrica, se consideró como razones para ser llevado al paciente a anestesia general:

- El manejo problemático en el consultorio dental.
- Tipo de tratamiento.
- Importancia de los desordenes médicos.
- Problemas de anestesia local.
- Extención de la afección dental.
- Problemas de emergencia.
- Pacientes que viven en áreas remotas" (14).

VI. 1.2. RIESGOS.

"Al emplear anestésicos generales, siempre se incurre en el riesgo de vómito, espasmos laríngeos y apnea; por lo tanto, podrán preverse medidas más suaves, aunque posiblemente menos potentes.

En la actualidad se han realizado estudios para evaluar la seguridad y eficacia de diferentes anestésicos intravenosos" (13).

"La reacción del niño , especialmente bajo premedicación, es generalmente de cooperación, siempre que el odontólogo sea paciente y comprensivo. Si fallara éste procedimiento de manejo ó si se necesitara de un extenso tratamiento dental, el uso de anestesia general ofrece una posible solución al problema" (6).

VII.1. 3. PROCEDIMIENTOS PREOPERATORIOS.

"Emplear anestesia general en el consultorio es eceptable, siempre que exista el equípo escencial y esté presente un anesthesiólogo calificado.

El hospital es sin lugar a dudas, el sítio más seguro para el tratamiento a un paciente bajo anestesia general.

Cuando el tratamiento del niño requiera de hospitalización y este tipo de anestesia, la mejor manera de lograr la cooperación de los padres es orientarlos respecto al programa planeado para su hijo y las responsabilidades que tiene su hospitalización.

El médico familiar se debe de consultar respecto a los procedimientos de la hospitalización, deberá de examinar al niño y enviar información escrita, afirmando la ausencia de contraíndicaciones a la anestesia" (6).

VII. 1.4. PROCEDIMIENTOS EN EL TRATAMIENTO.

"Después de haber admitido al paciente en el hospital, el odontólogo deberá de discutir los planes de el tratamiento con el anesthesiólogo, quien determinara el límite de tolerancia al anestésico; tomando como guía ésto, el dentista establecera el manejo.

Se elegirá al anestésico adecuado, se efectuará la intubación y se cubrirán los ojos con una gasa húmeda para protegerlos contra deshechos de materiales dentales. Deverá evitarse que la sangre o cualquier otro tipo de dehecho penetre en la garganta del paciente una vez de anestesiado completamente.

El uso de equipo de aspiración facilita el procedimiento dental, en casos necesarios pude emplearse algún instrumento para mantener abierta la boca.

Para realizar cualquier tratamiento restauratívo, el uso de díque de cáucho proporciona un campo seco y mejor visibilidad. Antes de la extracción o cualquier otro procedimiento quirúrgico, es necesario concluir todos los tratamientos restauratívos.

Al terminar el tratmiento planeado, se deberá de controlar toda hemorrágia y se evacuarán cuidadosamente de la boca todos los deshechos. Antes de enviar al niño a casa se formulará una cfta para examinar posoperatoriamente al paciente en el curso de las dos semanas siguientes" (6).

VIII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Durante la elaboración de éste trabajo se pudieron observar varias consideraciones en relación con las diversas alteraciones que aquejan a éstos pacientes, como es el caso de la hiperplasia gingival en la epilepsia, problemas periodontales en cambios del desarrollo, hipotonía muscular en la PC.

Por otro lado, se han generado diversas opiniones referentes a si el impedimento físico, mental ó neurológico es determinante para la frecuencia en la aparición de alteraciones orofaciales.

Personalmente considero, que en algunas afecciones existen factores inherentes que determinan ó no, la presencia de enfermedades en la cavidad oral. sin embargo no considero que el impedimento en si las produzca, posiblemente sea ésto del orden causa efecto.

Al atender a un paciente impedido es necesario que deje de ser en la medida de lo posible un problema especial, por lo cual considero esenciales las siguientes recomendaciones:

1.- Si bien es cierto que algunas incapacidades puedan incrementar la susceptibilidad del individuo a padecimientos dentales comunes, también es cierto que mientras no se instaure un programa a largo plazo sobre las maneras preventivas para evitar o reducir la morbilidad, se seguira presentando el problema.

2.- Existen casos, donde se originan efectos colaterales como el empleo de anticonvulsivantes orales, , por lo tanto es necesario buscar alternativas en el tratamiento dentro y fuera del consultorio a fin de disminuir la incidencia de efectos secundarios.

3.- La posibilidad de que el impedimento, disminuya la resistencia del que las padece a enfermedades oportunistas, hace necesario la valoración interdisciplinaria para contar con la posibilidad de medidas profilacticas.

4.- Es responsabilidad del odontólogo lograr una excelente motivación y educación a los familiares o a las personas encargadas del cuidado de estos pacientes, base del programa odontológico preventivo, ya que en ocasiones el dentista solamente se limita a resolver el problema de momento.

5.- En los pacientes cuyos movimientos no sean controlables por si mismos, aun cuando se encuentre deseoso de cooperar (PC), debe de considerarse el grado de afección en su boca y en caso necesario el empleo de anestesia general como indicación.

Las anteriores son puntos que considero importantes tanto para el dentista de practica general como para el especialista. siendo necesario considerar, antes de rechazar o remitir a un paciente con cualquier tipo de impedimento, así como también es importante mencionar que en la práctica odontológica y médica, lo importante no es resolver el problema sino tratar de prevenirlo, elaborando en cada paciente de acuerdo a sus necesidades, un programa de prevención a corto, mediano y largo plazo.

"Con lo anterior se hace notar la gran responsabilidad que tiene el odontólogo de prepararse y conocer al niño así sus impedimentos como los posibles desordenes dentales concomitantes y la manera de prevenirlos, evitarlos y tratarlos. No sólo limitandose a rechazar a un paciente por considerarlo difícil, cuando lo cierto es que son simplemente diferentes".

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Gutierrez U.J., Escobar M.Z: Manejo estomatológico del paciente infantil. Asoc Dent Méx. 1988. 5: 311.
- 2.- Borea G., Magi M., Migarelli R., Zamboni C: The oral cavity in Down syndrome. J Pedodon .1990. 14 (3): 139.
- 3.- Finn S.B: Odontología pediátrica. Edit. Interamericana 4a. edic. 1988.
- 4.- Novack A.J: Odontología para el paciente impedido. Edit. Mundi. 1979.
- 5.- Mc Millan A.R: Tratamiento odontológico para el niño disminuido.
- 6.- Magnusson B.O., Svaton B: Odontología preventiva para niños minusválidos físicos y psíquicos.
- 7.- Mc Donald R.F: Odontología para el niño y el adolescente. Edit. Mundi. 2a. edic. 1975
- 8.- Hoyer H., LimbrockJ: Orofacial regulation therapy in children with Down syndrome usin the methods and appliances of Castillo-Morales. J Dent Child. 59 (6): 442.
- 9.- Baer P.N: Enfermedad periodontal en niños y adolescentes. Edit. Mundi.
- 10.-LimbrockJ: Regulation therapy by CastilloMorales in children with Down syndrome: prymary and secondary. J Dent Child. 57(6):357
- 11.-Nielsen L. A: Caries among children with cerebral palasy related to CP-diagnosis, mental and motor handicap. J Dent Child. 1990. 57 (4): 267.
- 12.-Strodel B. J: The effects of spastic cerebral palasy on oclusion. J Dent Child.1987. 54 (4): 255.
- 13.-Seiles C. L., Sheart C., Cassamassimo P.J: Efficacy and safety of intravenous Ketamine for the severely handicaped. J Dent Child .1990. 57(4): 263.
- 14.-Boulanger T: General anesthesia in pedodontic practice: a survey of 46 cases. J Pedodont. 1990. 14 (2):108.

15.-Waldman H.B: Almost eleven million special children. J Dent Child. 1991.
58 (3):237

16.-Vaughan V.I., Behaerman R.E: Compendio de Pediatría de Nelson. Editorial
Interamericana 13a. edic. 1988. México, D.F.